

SUR UN CAS D'ABOUCHEMENT VAGINAL CONGÉNITAL DU RECTUM

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 18 Mai 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Remi GOURAND

Né à Dannevour (Meuse), le 6 Avril 1882.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

{	MM. VAUTRIN	professeur...	{	<i>Président.</i>
	HAUSHALTER	professeur...		<i>Juges.</i>
	FROELICH	agrégé.....		
	FRUHINSHOLZ	agrégé.....		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

A. CREPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1909



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547422_0068

SUR UN CAS
D'ABOUCHEMENT VAGINAL CONGÉNITAL
DU RECTUM

THESE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 18 Mai 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Remi GOURAND

Né à Dannevoux (Meuse), le 6 Avril 1882.



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

{	MM. VAUTRIN	professeur...	} <i>Président.</i>
	HAUSHALTER	professeur...	
	FROELICH	agrégé.....	} <i>Juges.</i>
	FRUHINSHOLZ	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1909

FACULTE DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS, O *, I U.

Assesseur : M. BERNHEIM, *, I U.

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, *, I U., NICOLAS, I U., PRENANT, I U.

Professeurs.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM *, I U.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, O *, I U.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER *, I U.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I U.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS *, I U.
Chimie médicale et toxicologie.....	M. GARNIER, I U.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I U.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT *, I U.
Hygiène.....	M. MACÉ, I U.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, I U.
Anatomie descriptive.....	M. ANGEL, A U.
Physiologie.....	M. MEYER, I U.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I U.
Histologie.....	M. BOUIN, I U.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I U.
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I U.
Médecine légale.....	M. PARISOT, I U.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, I U.

Professeurs-adjoints.

Clinique d'électrothérapie (1).....	M. GUILLOZ, I U.
Pathologie externe.....	M. VAUTRIN, I U.

Chargés de Cours complémentaires.

Clinique des maladies des vieillards...	M. ETIENNE, I U., agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. L. SPILLMANN, A U., agrégé.
Accouchements.....	M. SCHUHL, I U., agrégé libre.
Clinique d'orthopédie (1).....	M. FRÉLICH, I U., agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)...	M. JACQUES, I U., agrégé libre.
Clinique des voies urinaires (1).....	M. ANDRÉ, I U., agrégé libre.
Anatomie pathologique.....	M. HOCHÉ, I U., agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. PARIS, A U.

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, I U.	MM. RICHON, A U.	MM. DUFOUR, A U.
L. SPILLMANN, A U.	G. GROSS, A U.	SENCERT, A U.
MICHEL, A U.	FRUHINSHOLZ, A U.	ROBERT, A U.
HOCHÉ, I U.	COLLIN, A U.	

Agrégés libres

MM. REMY, A U., FÉVRIER, *, I U., ETIENNE, I U.
ZILGIEN, A U., FRÉLICH, I U., SCHUHL, I U., JACQUES, I U., ANDRÉ, I U.

M. P. LAMBERT DES CILLEULS, *, M, I U., Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les inapprouver.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE ET A MON ONCLE

Témoignage de profonde affection.

A MA CHÈRE FEMME

A MA PETITE ANTOINETTE

A TOUS LES MIENS. — A MES AMIS.

A mon Président de Thèse :
MONSIEUR LE PROFESSEUR VAUTRIN

A MES MAITRES

AVANT - PROPOS

Fidèle à la tradition, nous sommes heureux de profiter de l'occasion qui nous est offerte pour adresser à tous nos Maîtres de la Faculté de médecine de Nancy l'hommage de notre respect et de notre profonde gratitude.

Nous tenons tout d'abord à témoigner notre vive reconnaissance à M. le professeur Vautrin, autant pour le grand honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse que pour la sympathie qu'il nous a maintes fois manifestée au cours de nos études.

M. le professeur Haushalter, dont nous avons été l'externe, a contribué pour une large part à notre instruction clinique, nous nous rappellerons toujours avec plaisir et reconnaissance ses leçons si captivantes.

Pendant les six mois que nous avons passés comme externe dans le service de Chirurgie infantile, il nous a été permis d'apprécier l'enseignement et les conseils essentiellement pratiques de M. le professeur agrégé Frœlich. C'est à lui que nous devons d'avoir entrepris ce travail. Qu'il soit assuré de notre gratitude.

Nous ne saurons assez remercier M. le professeur

agréé Fruhinsholz de la bienveillance qu'il nous a témoignée et dans ses leçons obstétricales et dans des circonstances toutes personnelles. M. le professeur agrégé Schuhl dont nous avons apprécié le dévouement en ces mêmes circonstances, a droit, lui aussi, à tous nos remerciements.

Nous prions, en outre, MM. les professeurs Gross, Bernheim, Rohmer, dont nous avons été l'externe, d'être assurés de notre reconnaissance pour leur précieux enseignement.

Nous remercions d'une façon spéciale MM. les docteurs Funck et Contal pour les services qu'ils ont bien voulu nous rendre et nous emporterons le meilleur souvenir de tous nos camarades d'études, en particulier des docteurs Brabant, Lantzman, Doyen, Coulet qui ont été pour nous d'excellents amis.

INTRODUCTION

Dans le courant de l'année 1908 on amena à la Clinique de Chirurgie infantile de M. le professeur agrégé Frœlich, avec des signes d'occlusion intestinale aiguë, une fillette âgée de huit ans, qui présentait un abouchement vaginal congénital de l'extrémité terminale du tube digestif, c'est-à-dire chez qui, dès sa naissance, l'intestin, au lieu de se terminer à sa place habituelle, entre la commissure postérieure de la vulve et la pointe du coccyx, venait déboucher à l'intérieur du vagin, constituant ainsi un anus anormal congénital.

Cette enfant possédait outre cette malformation, ce que les auteurs décrivent sous le nom de coprome, c'est-à-dire une tumeur intestinale formée par l'accumulation de matières stercorales à un endroit de l'intestin et particulièrement du gros intestin, dilaté et plus ou moins modifié.

Opérée pour son occlusion aiguë, elle succomba après un séjour de quelques mois dans le service et l'autopsie complétée par l'étude anatomo-pathologique permit certaines constatations intéressantes.

L'anus vaginal est une malformation assez peu fré-

quente, de même le coprome infantile n'est pas une affection très répandue, leur réunion chez un même sujet méritait donc quelque attention ; c'est pourquoi, sur les conseils de notre Maître, M. le professeur agrégé Frœlich, nous avons pris l'observation recueillie à son service pour en faire le sujet de notre thèse.

Nous vous proposons donc, après avoir publié l'observation (premier chapitre), de donner dans un deuxième chapitre quelques généralités sur l'anus vaginal d'une part et le coprome infantile d'autre part ; de même dans le troisième chapitre nous verrons séparément l'étiologie et la pathogénie de ces deux affections. Revenant à notre cas particulier, l'anatomie pathologique nous permettra de voir quelles relations peuvent exister entre elles (chapitre 4). Nous continuerons par l'étude des symptômes et du diagnostic (chapitre 5) et nous terminerons par un sixième chapitre, consacré au pronostic et au traitement, que nous ferons suivre de quelques conclusions.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Frœlich, parue en partie dans la *Revue médicale de l'Est* du 15 février 1909 et complétée par nos renseignements personnels.)

Marguerite R..... est née le 7 septembre 1900. Son père, âgé de 50 ans, exerce la profession de mécanicien, il a toujours été en bonne santé, pas d'éthylisme.

Sa mère, âgée de 48 ans, s'occupe de son ménage. Elle n'accuse aucune maladie.

Pas de fausses couches.

Elle a eu en tout quatorze grossesses qui, toutes, ont été jusqu'à terme. Il lui reste actuellement huit enfants bien portants ne présentant aucune malformation. Parmi les six autres :

Deux sont morts du croup ;

Un de choléra infantile ;

Un de convulsions ;

Un de cause inconnue ;

Ne présentant pas d'anomalie.

La sixième, la jeune Marguerite.

Il n'existait aucun lien de parenté entre le père et la mère.

Marguerite était la douzième de la famille. La grossesse s'est passée normalement, ni émotion, ni influence fâcheuse, pas plus que d'incidents gynécologiques. Elle est née à terme, en présentation du siège, alors que tous ses frères et sœurs se sont présentés par le sommet. Elle pesait 3 kil. 500.

Au moment de la naissance, on ne remarqua rien d'anormal, mais le lendemain la sage-femme en changeant l'enfant s'aperçut que la vulve était barbouillée de méconium et qu'il n'y avait pas d'anus ni même de trace extérieure d'orifice, « ni fente, ni trou », comme le dit la mère. Un médecin, appelé, examine le bébé, diagnostique un abouchement vaginal du rectum et conseille, tout en surveillant soigneusement l'enfant, d'attendre avant de faire une opération.

Il n'existait extérieurement aucune autre malformation.

Mais la petite, bien que nourrie au sein, ne poussait pas, à trois mois elle avait considérablement diminué, ne pesait plus que 2 kil. 500. A partir de ce moment, elle reprend un peu, mais reste mignonne, fluette. L'écoulement des matières se faisait comme normalement, mais par le vagin.

Elle est ainsi élevée au sein exclusivement jusqu'à l'âge de seize mois ; elle commence alors à manger des bouillies et un peu comme tout le monde et sa mère remarque que le ventre se ballonne de temps en temps et que l'enfant reste parfois plusieurs jours sans aller à la selle, on lui administrait des laxatifs et tout rentrait dans l'ordre. Dans l'intervalle de ces moments de constipation, les selles étaient toujours involontaires, la petite ne pouvait pas retenir ses matières fécales qui, de plus, étaient

toujours liquides, il n'y avait jamais de selles moulées.

La petite avait cependant bon appétit, mangeait bien, mais ne profitait pas, ses membres restaient grêles, elle se plaignait souvent de maux de tête.

Jusqu'à l'âge de quatre ans, l'anus anormal fonctionne ainsi dans des conditions presque satisfaisantes, mais la famille remarquait que la constipation devenait de plus en plus opiniâtre, la fillette restait huit et même quinze jours sans aller à la selle, ce dont elle était contente car elle pouvait aller à l'école et jouer avec ses camarades, en temps ordinaire sa mère la gardant à la maison à cause de l'incontinence des matières qui nécessitait des soins de propreté assidus. Elle remarquait également que le ventre se ballonnait davantage et d'une façon continuelle; les laxatifs n'avaient plus un aussi heureux effet qu'au-paravant. Les parents reculaient toujours devant une opération ne trouvant pas leur enfant assez forte, mais, finalement, ces symptômes les décident et ils l'amènent à l'hôpital civil de Nancy en 1905 pour la guérir de son infirmité.

On essaye tout d'abord de refaire un anus normal par la voie périnéale, mais on est arrêté par l'absence d'ampoule rectale ; le chirurgien fait alors une incision exploratrice abdominale, tombe sur un côlon distendu, hésite à faire un anus contre nature et se contente finalement de dilater la fistule.

Après le premier séjour à l'hôpital, la fillette rentre chez ses parents et les mêmes phénomènes continuent comme par le passé : selles liquides involontaires, constipation, ballonnement du ventre, état général toujours délicat.

Trois ans plus tard, le 16 août 1908, en revenant d'une promenade avec sa famille, l'enfant demande à être couchée, elle se plaint de mal dans le ventre, vomit des

matières alimentaires, puis bilieuses et tout ce qu'on essaye de lui faire prendre, elle n'a pas été à la selle depuis deux jours, l'abdomen est fortement tendu. Les symptômes s'aggravant, le lendemain on l'amène dans le service des enfants ; c'étaient les vacances, le chef de service porte le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë et fait d'urgence un anus contre nature à droite, sur la première anse qui se présente. Le ventre était énorme et la paroi abdominale tellement distendue que les fils tiennent très difficilement.

Cet anus artificiel fonctionne normalement, le ventre s'affaisse, les matières ne passaient plus par le vagin.

Au mois d'octobre, quand M. Frœlich reprit le service, il trouve une enfant presque cachectique présentant dans le ventre, surtout à gauche, une énorme tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, très dure qui en imposa tout d'abord pour un sarcome du rein gauche. Il y avait une circulation collatérale intense, puis cette tumeur, à un moment donné, devint moins dure, garda l'empreinte du doigt, ce qui confirma le diagnostic de tumeur stercorale.

Une tentative pour retrouver la fistule vaginale demeura vaine, on ne put découvrir sur la paroi vaginale l'orifice anormal. Au siège normal de l'anus il y avait seulement une légère dépression cutanée avec une pigmentation assez prononcée.

M. Frœlich espérait voir l'état de l'enfant se relever suffisamment pour pouvoir pratiquer la laparotomie, vider la tumeur stercorale, réséquer une partie de ses parois et l'aboucher au périnée, remédiant ainsi en même temps au vice de conformation, mais la fillette mourut subitement le 28 décembre 1908.

A l'autopsie, pratiquée le lendemain, ce qui frappa tout d'abord à l'ouverture de l'abdomen, ainsi que le montre



PLANCHE I. — *Photographie prise à l'autopsie*

la photographie, c'est la présence d'une énorme masse qui, refoulant l'estomac et le foie, plongeait jusqu'au fond du petit bassin. On constate que cette masse très dure, située au-dessous du grand épiploon et recouverte par la séreuse péritonéale parfaitement lisse, n'est autre chose que la majeure partie du côlon transverse, le côlon descendant et le côlon iléopelvien en entier, extraordinairement dilatés et remplis de matières fécales, en effet, tandis que l'extrémité gauche de la masse était libre de toute connexion, à l'extrémité droite d'une part aboutissait la première portion du côlon transverse simplement dilatée par des gaz et d'autre part partait à cinq ou six centimètres de ce point d'abouchement et légèrement en arrière un conduit ayant subi un mouvement de torsion et aplati sous la tumeur, comme c'était le seul prolongement se dirigeant vers le bas, il est évident que c'était le rectum plus ou moins modifié venant aboutir au vagin. En effet, à l'intérieur du vagin, sur la paroi postérieure à deux centimètres en arrière de l'hymen, on trouve l'anus vaginal caché sous un repli de muqueuse et par lequel une pince introduite pénètre directement dans ce canal.

Au cours de l'autopsie on constate, en outre, que l'anus contre nature pratiqué en août était assez bas situé et que les reins très petits étaient sclérosés et suppurés.

Il n'y avait pas d'autre malformation organique.

En résumé, c'est l'observation d'une fillette qui présentait un abouchement vaginal congénital de l'extrémité terminale du tube digestif, comme nous l'a montré l'autopsie, l'anus anormal siégeait à la partie moyenne de la paroi postérieure du vagin.

Elle fit deux séjours à l'hôpital, une première fois à l'âge de quatre ans, où on essaie de remédier à son infir-

mité et une seconde fois amenée par une occlusion aiguë nécessitant une intervention d'urgence. Elle y meurt âgée de huit ans sans avoir pu subir une nouvelle intervention.

L'existence de certains symptômes avait permis à un moment de porter le diagnostic d'une tumeur stercorale, ce qu'est venu confirmer l'autopsie.

Qu'est-ce que l'anüs vaginal congénital ? Qu'est-ce que le coprome ? Quelles sont les causes de ces deux affections, y a-t-il des relations entre elles ? Telles sont les questions auxquelles il nous faut répondre tout d'abord.

CHAPITRE II

GÉNÉRALITÉS

1° *Sur l'anus vaginal congénital.*

C'est une malformation congénitale de l'extrémité terminale du tube digestif qui rentre dans la classe des abouchements anormaux. Dans les différents traités de pathologie chirurgicale, les auteurs adoptent, en effet, pour le chapitre des malformations congénitales de l'extrémité terminale du tube digestif, la division restée classique de Trélat :

Rétrécissements de l'anus et du rectum ;

Imperforations de l'anus et du rectum ;

Absences de l'anus et du rectum ;

Abouchements anormaux de l'anus et du rectum.

Les trois premiers groupes ne nous intéressent nullement ; quant au dernier, bien que présentant quelques points communs avec les précédents, il en diffère cependant suffisamment pour que l'on ait pu en faire « une complication heureuse de l'imperforation ano-rectale ».

Ce groupe comprend, d'une part, les abouchements anormaux de l'anūs, et, d'autre part, les abouchements anormaux du rectum. Les premiers ne doivent pas nous retenir, ce sont ces cas « d'ectopie anale », comme les appelle Kirmisson, où l'anūs au lieu d'occuper sa place habituelle se trouve reporté plus en avant sur les téguments externes, formant chez la femme (puisque nous ne nous occupons que du sexe féminin) la classe des anus vulvaires.

Les seconds, s'ils se rapprochent des précédents, tout d'abord parce qu'il n'existe pas d'anūs normal et, en outre, par nombre d'autres caractères, en éloignent en ce que l'orifice anormal devant donner issue aux matières fécales, siège beaucoup plus haut, sur les organes internes ; en particulier, on dit qu'il y a abouchement vaginal (c'est ce qui nous intéresse) lorsque cet orifice anormal siège à l'intérieur du vagin, donnant issue aux matières qui sortent par la vulve. C'est donc un véritable anus vaginal. Cet anus peut être plus ou moins haut situé sur la paroi vaginale, il peut être tout à fait en bas, immédiatement derrière l'hymen, c'est la variété inférieure, ou bien tout en haut dans le cul-de-sac, variété supérieure et enfin une variété intermédiaire, où l'orifice siège à la partie moyenne.

Cette malformation fut signalée pour la première fois par Schenk, en 1609, qui rapporte le cas « d'une fille aux traits agréables qui n'avait pas d'anūs normal et rendait ses excréments par le vagin. Aussi le Sénat lui interdit-il de se marier. Elle quitta Tubinge et se rendit dans une ville voisine, où elle épousa un cordonnier. Dans la suite elle accoucha d'une fille bien conformée ».

Hartman, à la même époque, cite également une observation.

Au XVIII^e siècle, de Jussieu, Van Swieten en rapportent quelques cas, ainsi que d'autres auteurs, parmi lesquels Mercuriale parle de « cette Juive, habitant Padoue, qui n'avait pas d'anüs et dont les matières s'écoulaient par le vagin. Malgré son infirmité elle vécut jusque l'âge de cent ans ».

Valle, en 1780, tente la première intervention chirurgicale pour guérir une malade de cette anomalie.

Mais, comme le fait remarquer Geoffroy Saint-Hilaire, bien que l'intestin fut perforé, ces cas étaient toujours décrits comme une espèce d'imperforation de l'intestin et ils étaient désignés par Papendorf, puis par Meckel et d'autres anatomistes, sous le nom d'*atresia vaginalis*.

Au XIX^e siècle, les publications deviennent plus fréquentes. Puech, dans sa thèse (Montpellier, 1889), a réuni une trentaine d'observations datant de cette époque sur ce cas spécial, tant en France qu'à l'étranger ; Duros (Paris, 1890) en cite également quelques autres. Enfin, dans ces vingt dernières années, les cas de ce genre dans la littérature médicale, bien que n'étant pas très fréquents, ne sont plus considérés comme une rareté. Mais, avec les différents auteurs qui se sont occupés de la question, il faut reconnaître que les observateurs ne sont pas toujours très précis, ils parlent indifféremment des matières sortant par la vulve ou par le vagin sans prendre un point de repère fixant le siège de l'orifice, soit en avant, soit en arrière de l'hymen, pour qu'on puisse distinguer les cas d'anüs vulvaires de ceux qui sont véritablement vaginaux.

En même temps que les observations se multiplient, on se préoccupe particulièrement du traitement permettant d'apporter un remède à cette déplorable infirmité ; nous ne ferons que citer les travaux d'Amussat (1822), de Dieffenbach, de Nélaton, de Rizzoli, qui ont donné lieu à

autant de procédés d'intervention, et nous n'aurons garde d'oublier, parmi les auteurs, qui s'occupèrent activement de la question, Kirrison, dont les remarquables travaux font autorité en la matière.

Quant à la pathogénie, elle fut mise en lumière grâce aux embryologistes Duval, Jeannel, Hertwig, Tourneux, Retterer, etc., qui ont fixé, d'une façon à peu près définitive, le développement embryogénique de cette région.

2° *Sur le coprome.*

Le coprome est une véritable tumeur constituée par des matières stercorales qui s'accumulent, pour des causes diverses, sous forme d'une masse très dure et volumineuse, en un endroit de l'intestin et particulièrement du gros intestin plus ou moins modifié.

On connaissait bien l'existence de semblables tumeurs chez l'adulte ; Raciborski, en 1834, et Rouyer, en 1862, publient l'un une thèse et l'autre un mémoire dans la *Gazette Hebdomadaire* sur ce sujet. Mais leur constatation chez l'enfant est de date récente, c'est le professeur Demons, de Bordeaux, qui, le premier, en 1896, communiqua au Congrès de chirurgie de Paris une observation de tumeur stercorale infantile :

« Il s'agit d'un garçon de huit ans, habituellement constipé, chez qui les purgatifs n'avaient aucune action et qui présentait une volumineuse tumeur abdominale depuis près de dix-huit mois.

« Un médecin appelé, croyant à un néoplasme, avait porté un pronostic très grave. Quand M. Demons le vit, l'abdomen était distendu, la tumeur, extrêmement volumineuse, remplissait tout le ventre, était dure et bosselée.

mais surtout conservait l’empreinte des doigts qui cherchaient à en apprécier la consistance.

« Le toucher rectal conduisait sur une masse de matières fécales agglomérées qu’on eut beaucoup de peine à fragmenter, mais dont on put immédiatement extraire huit cents grammes. Dix jours plus tard, après cinq séances dans lesquelles on continua l’évacuation avec les doigts avec injections tièdes, il n’y avait plus trace de tumeur dans l’abdomen. »

C’est le professeur Demons qui proposa alors pour ces calculs stercoraux le nom de coprome ou scatome.

La même année, Tordeus (de Bruxelles) publiait l’observation d’un garçon de dix-sept mois, atteint de cette affection, la constatation de la tumeur avait fait croire à une invagination intestinale, mais l’autopsie confirma le diagnostic.

L’année suivante, le docteur Saint-Philippe en rapporte trois cas. Actuellement, les observations n’en sont pas encore très nombreuses, car bien qu’entrée dans le domaine clinique, cette affection ou bien est ignorée ou plutôt prête à des erreurs de diagnostic.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Nous avons dans l'anus vaginal une malformation congénitale et dans le coprome une affection acquise, il nous faut donc étudier séparément les causes de l'une et de l'autre.

Pour l'anus vaginal : il n'est pas possible de saisir la pathogénie de cette malformation sans faire appel à l'embryologie. Nous allons donc donner un résumé aussi court que possible du développement normal des différents organes de la région qui nous intéresse pour voir ensuite comment un trouble survenu dans ce développement peut être le point de départ d'une telle anomalie.

Au début de la vie embryonnaire, la portion terminale de l'intestin et l'ébauche allantoïdienne (qui donnera la vessie et l'urèthre) débouchent dans une seule et même cavité, qui prend le nom de cloaque interne. Cette cavité est séparée de l'extérieur par une membrane, la membrane cloacale, qui, s'épaississant, devient le bourgeon cloacal de Tourneux.

Mais bientôt (fin deuxième mois), le cloaque se cloisonne, soit, comme le veut Tourneux, par accroissement de l'éperon périnéal descendant verticalement entre le rectum et l'allantoïde, soit plutôt, comme le veulent Rathke et Retterer, par la fusion de deux replis latéraux « qui s'avancent l'un vers l'autre comme deux rideaux ». Dans les deux hypothèses, il y a, d'ailleurs, soudure à la membrane cloacale.

Il en résulte une division du cloaque en deux compartiments :

L'un, antérieur ou allantoïdien, devient le sinus urogénital. Mais, plus tard, après la transformation des canaux de Wolf et le développement de l'urèthre, c'est seulement la partie inférieure située en-dessous de ces canaux qui sera commune aux organes génitaux et urinaires, c'est ce qui formera le vestibule.

L'autre, postérieur ou intestinal, devient le canal ano-rectal.

Plus tard (troisième mois), lorsque la cloison uréthro-rectale est constituée, les canaux de Müller s'insinuent dans son épaisseur sous forme de deux tubes épithéliaux distants l'un de l'autre, s'abouchent dans le sinus urogénital, s'accolent, se fusionnent, formant ainsi un canal unique, le canal utéro-vaginal qui donnera l'utérus et le vagin, à l'exception du vestibule dont nous avons vu plus haut la formation.

Au moment de la subdivision du cloaque, la membrane qui obture cette cavité, se trouve elle-même divisée en deux parties, par suite, comme nous l'avons vu, de la soudure de la membrane de séparation :

Une partie postérieure, membrane anale, aux dépens de laquelle se constitue le segment périnéal du rectum :

Une partie antérieure, membrane urogénitale, séparant le sinus urogénital de l'extérieur.

Cette dernière se résorbe à son centre formant ainsi la vulve, tandis que son pourtour s'hypertrophie, donnant naissance à un ensemble de formations : tubercule génital et replis génitaux qui formeront les organes génitaux externes ; clitoris, grandes lèvres, etc...

La première se résorbe également, donnant ainsi un orifice faisant communiquer le conduit ano-rectal avec l'extérieur, c'est l'anus.

Comment, avec ces données embryogéniques, pouvons-nous comprendre la production d'un abouchement vaginal de l'intestin ?

Il faut tenir compte du cloisonnement cloacal se faisant d'après la conception de Rathke et de l'abouchement tardif des canaux de Müller.

En effet, si les deux replis latéraux du cloaque se soudent imparfaitement en un endroit quelconque de leurs bords, il en résulte une communication entre le rectum et l'urèthre, puis, à un moment donné, les canaux de Müller s'insinuant dans la cloison uréthro-rectale, leur extrémité rencontre cet orifice de communication, d'où abouchement du rectum dans le vagin. L'hymen, se développant aux dépens de l'extrémité inférieure des canaux de Müller, l'anus vaginal se trouve donc en arrière de cette membrane. En outre, une évolution vicieuse dans la soudure des replis génitaux détermine effacement de toute trace extérieure d'anus.

Mais cette interprétation applicable aux anus vaginaux inférieurs ou assez bas situés est plus difficile à accepter lorsque l'abouchement siège vers le cul-de-sac. Ces cas échappent à toute interprétation embryogénique. Heister les expliquait en disant que, l'anus étant imperforé, les

matières fécales s'ouvriraient un passage par le vagin ; bien des faits s'opposent à cette opinion et cependant Delore (de Lyon), qui reproduit cette théorie, déclare qu'elle ne lui paraît pas dénuée de toute valeur.

Si les données embryologiques nous permettent, en somme, d'expliquer la formation d'un anus vaginal, il faut reconnaître que, pour découvrir la cause primordiale de cette anomalie, nous sommes presque désarmés. Se basant sur tel ou tel indice, on peut encore émettre des hypothèses sans pouvoir être jamais certain de ce que l'on avance.

L'étiologie de l'anus vaginal se confond avec celle des autres malformations et elle en partage aussi les obscurités. Dans ce cas particulier, comme dans toutes les monstruosité, il semble que l'on doive principalement porter son attention, non sans raison, sur quelques facteurs principaux et, lors même qu'on les décelle chez les parents, est-on jamais sûr que ce sont eux qu'il faille incriminer ? C'est ainsi que l'on peut citer l'hérédité qui se manifeste si franchement dans tant d'autres anomalies ; la dégénérescence ancestrale, résultat de l'alcoolisme, soit aigu, soit chronique ; la disproportion d'âge entre les conjoints ; la primiparité tardive ; la consanguinité des parents ; la syphilis ; l'influence des grossesses répétées et surtout se succédant à intervalles rapprochés ; l'imagination des femmes enceintes, si l'on s'en rapporte au cas signalé par Fabrice de Hilden : « Ayant à opérer une enfant atteinte de fistule vaginale, la mère raconta que, pendant qu'elle était enceinte, elle était allée voir la fosse aux ours à Berne. Comme elle n'avait jamais vu de ces animaux, elle contempla avec curiosité et avec attention toutes les parties de leur corps et principalement leur train postérieur. N'apercevant pas d'anus, elle fut con-

vaincue que les ours n'en ont pas ; elle resta dans cette conviction pendant tout le temps de sa grossesse ».

(Fabrice de Hilden, Arch. de Langenbeck, tome IX, 1864.)

Parmi toutes ces causes, nous ne pouvons guère invoquer dans notre observation que le nombre des grossesses ; la jeune Marguerite était la douzième de la famille, est-ce un facteur suffisant ? Dans l'impossibilité de découvrir aucune tare du côté des ascendants, autant du moins qu'ils le permettent, c'est le seul qui mérite d'être signalé.

Voyons maintenant comment, dans les cas habituels, on peut expliquer la formation d'une tumeur stercorale.

Le coprome étant le résultat de l'arrêt, de l'amoncellement des matières stercorales dans l'intestin, étudier ses causes, c'est étudier les causes qui favorisent ou provoquent cette coprostase.

Evidemment ces causes sont multiples, et pour plus de clarté, il nous semble préférable de les classer avec Ozier en :

Anatomiques ;

Physiologiques ;

Pathologiques.

1° Causes anatomiques.

On a tout d'abord invoqué la longueur plus grande de l'S iliaque chez l'enfant et le nouveau-né. Hugier, en effet, recommandait dans l'opération de l'anus contre nature chez le nouveau-né de chercher l'S iliaque, non à gauche, mais à droite ; ceci a été confirmé par de nombreux travaux. Bourcart publie, en 1863, une thèse donnant le résultat de l'examen de cent cinquante côlons de nouveaux-nés, et toujours il trouve une longueur proportionnelle de l'intestin bien plus grande chez l'enfant que

chez l'adulte. Ces recherches ont été approuvées par Jacobi et il s'en sert pour expliquer la constipation congénitale. Par suite de cette augmentation de longueur de l'S iliaque et de l'étroitesse du bassin chez l'enfant, le côlon au lieu de la simple courbure en S ou en ω de l'adulte, présenterait des replis multiples. Il est évident qu'une telle disposition, surtout si elle est exagérée, retarde le cours des matières intestinales, favorise l'absorption et rend les matières fécales solides. D'habitude, cette disposition de l'intestin se modifie vers deux ou trois ans.

Une autre cause anatomique favorisant la coprostase et amenant l'accumulation fécale, c'est la dilatation hypertrophique congénitale du côlon, décrite par Hirschprung, et à laquelle Mya donne le nom de mégacôlon congénital.

Parfois, aussi, il existe des rétrécissements congénitaux de l'intestin qui peuvent gêner le cours des matières fécales et se rencontrent presque toujours au niveau du rectum. Miller, Frœlinger, Henoch, qui ont étudié cette malformation, l'attribuent à une entérite intra-utérine.

2° Causes physiologiques.

L'alimentation joue un rôle important dans le fonctionnement de l'intestin de l'enfant, à cet âge surtout où, suivant l'expression de Lesage, l'enfant est avant tout un intestinal.

Le biberon malpropre engendre des entérites, dont nous verrons plus loin l'influence.

Même aseptique et avec du lait de vache aussi indemne de germes microbiens que possible, il provoque la constipation par la grande richesse du lait de vache en caséine

(Bohn-Monti) ; par sa pauvreté en sucre (Jacobi) ; sa pauvreté en graisses (Wiederhofer) ; ou sa richesse en sels calcaires (Henoch). Ce n'est certainement là qu'une cause adjuvante, mais qui pourra jouer un rôle chez les prédisposés.

La gloutonnerie fréquente chez le nourrisson jouerait un rôle important, d'après Saint-Philippe.

Le changement de nourriture, l'irrégularité dans l'heure des selles sont également des facteurs de la constipation.

3° Causes pathologiques.

Ce sont elles qui, associées aux précédentes, jouent surtout un rôle important ; les entérites et surtout les flegmasies intestinales chroniques, prolongées, de la première enfance, provoquent des altérations dans la structure et, partant, dans la contractilité des parois intestinales. Les points, ainsi frappés, peuvent se dilater et devenir des « points morts » de l'intestin, où stagneront des corps étrangers, noyaux de fruits, pépins de raisins, autour desquels se stratifieront des couches de matières fécales.

Mais là ne se bornent pas les modifications dues aux entérites chroniques. Comme l'a montré Marfan, elles ont une influence sur l'allongement de l'intestin, c'est même ce qui contribue à donner cette conformation spéciale de l'abdomen, décrite sous le nom de ventre de batracien. Par suite de cet allongement, il en résulte une perte de contractilité et si les inflexions sont très marquées les corps étrangers ne tarderont pas à se fixer dans les points déclives, peut-être, comme le prétend Dudon, dans les godets de l'intestin et servir d'amorce à la stratification des matières stercorales. Quand l'intestin se réveillera de sa

torpeur il sera trop tard pour chasser l'hôte gênant qui a eu le temps de grossir.

Chez l'enfant, dont l'intestin est sain, il peut parfois, par suite d'une constipation passagère, se former une accumulation fécale dans son cæcum ou dans son rectum, mais cet amas ne revêtira pas les caractères des tumeurs stercorales et l'intestin ne tardera pas à réagir contre lui et à l'expulser.

Parmi ces différentes causes contribuant à la formation du coprome, en existe-t-il que nous puissions invoquer pour expliquer l'origine d'une semblable tumeur chez notre fillette ? Mais, comme dans notre cas, nous avons un facteur nouveau, l'abouchement anormal, il nous faut, auparavant, voir si cette malformation n'a pas joué un rôle et comment. Il ne semble pas y avoir une simple coïncidence, car, parmi les observations d'anüs vaginal que nous avons pu consulter, nous avons trouvé dans deux d'entre elles l'existence d'une tumeur stercorale.

Voici ces observations :

La première, dans la thèse de Duros; nous en donnerons seulement un résumé :

« Marie D..., couturière.

Pas d'antécédents.

On s'aperçut de sa difformité au moment de sa naissance, ses parents ne s'en occupèrent pas et tinrent la chose secrète. D'ailleurs, elle ne commença à en souffrir qu'à l'âge de dix ans : constipation opiniâtre qui entretenait un état gastrique permanent avec ballonnement du ventre. Elle reste parfois huit jours, quinze jours et même un mois entier sans aller à la selle, il en résulte coliques, nausées, vomissements et fausses envies d'aller à la garde-robe.

Jamais de douleurs dans les reins.

L'ouverture anale n'existe pas, à sa place dépression cutanée amincie et rougeâtre.

Sur la paroi postérieure du vagin, à deux centimètres environ de la fourchette, un orifice oblique de haut en bas et de gauche à droite, caché par un repli de la muqueuse vaginale qui forme valvule.

En écartant les lèvres de la fente anale avec les doigts, on tombe dans une cavité infundibuliforme, le doigt peut y pénétrer. Distance de quatre centimètres avec le périnée.

Ventre très ballonné : on trouve dans l'abdomen sur la partie médiane une tumeur qui ressemble tout d'abord à un utérus gravide. Cette tumeur est allongée de haut en bas, mobile dans tous les sens et de la grosseur d'une tête d'adulte.

La consistance est résistante, plastique ; les doigts qui l'explorent s'y enfoncent et la dépriment, on a la sensation d'une poche distendue par des matières fécales.

La présence de cette tumeur, sa forme, sa consistance, la souplesse du flanc droit et la dureté du flanc gauche font croire à un déplacement du cæcum qui serait ici à la partie médiane de l'abdomen.

L'administration de purgatifs répétés ne modifie pas la tumeur. On fait des lavages d'intestin, un bol fécal volumineux, d'une dureté ligneuse qui obstruait le bout inférieur du rectum, est dissocié avec le doigt ; à la suite de ces manœuvres, la malade laisse des morceaux de matière fécale qu'elle compare, comme aspect et consistance, à du bois.

On essaya, à plusieurs reprises, de faire un anus périnéal à la malade, mais sans succès. Ce qui ne l'empêcha pas de se marier et d'accoucher d'un enfant bien portant.

Examinée de nouveau deux ans après, le côlon est surdistendu par un énorme bloc de matières fécales dur-

cies, bloc qui occupe la majeure partie de l'excavation. Le vagin et l'utérus sont repoussés par les matières et refoulés contre la symphyse pubienne et la paroi postérieure de l'abdomen. On se demande comment les rapports conjugaux peuvent avoir lieu. »

(Duros, thèse, Paris, 88-89.)

La deuxième observation est de Lane :

« C'était une enfant de quatre ans et demi atteinte d'un anus vaginal et opérée à la dernière extrémité, à la suite de phénomènes d'occlusion intestinale. Elle mourut trois jours après ; à l'autopsie, on constata : l'extrémité inférieure du gros intestin s'était tellement dilatée en raison de l'insuffisance de l'issue offerte aux matières, que le rectum et la courbure sigmoïde du côlon formaient un immense réservoir, rempli de matières, d'une capacité de 2 litres 840, qui occupait la région hypogastrique, les deux régions iliaques et une partie de la région ombilicale, en même temps qu'il diminuait de bas en haut l'étendue du thorax. »

(Lane, *British medical*, 1858.)

Ces deux observations, bien qu'antérieures à la communication du professeur Demons, nous mentionnent donc l'existence d'un coprome infantile, dans la première il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, sans doute, mais les symptômes sont néanmoins apparus à l'âge de 10 ans.

Les détails manquant, on ne peut faire que des suppositions au sujet des relations existant entre ces tumeurs stercorales et la malformation anale. C'est surtout l'étude anatomique et mieux encore anatomo-pathologique qui peut fournir des renseignements à ce point de vue. C'est pourquoi nous allons la faire pour notre cas dans le chapitre suivant.

A ces deux observations, nous pouvons en joindre une

troisième encore inédite, due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Frœlich et recueillie tout récemment à son service. Bien qu'il s'agisse d'un abouchement anormal de l'anus et non du rectum, d'un de ces cas « d'ectopie anale », l'observation est intéressante et mérite d'être rapprochée des précédentes :

« Il s'agit d'une fille de sept mois. L'anus au lieu d'occuper sa place habituelle était reporté en avant à un centimètre de la fourchette, l'orifice était assez étroit ; la place normale de l'anus était indiquée sous forme d'un raphé médian saillant, allant de l'orifice anormal au coccyx. Au début, les selles étaient faciles, mais, depuis six semaines, la défécation était beaucoup plus pénible, la mère devait recourir à des moyens artificiels ; elle amène son enfant à l'hôpital le 6 mai 1909 pour qu'on fasse une opération remédiant à ces inconvénients.

On se propose donc de faire une transposition de l'anus et, en même temps, d'élargir l'orifice : l'enfant est endormie ; sous le chloroforme elle se met à pousser et on constate l'existence d'une énorme tumeur qui vient bomber en arrière de l'orifice anormal, en avant du coccyx. Cette tumeur est mobile. On pense tout d'abord à une tumeur congénitale sacrococcygienne, mais on s'aperçoit qu'il s'agit, en réalité, d'un coprome formé en amont du rétrécissement anal. Son volume est celui d'un poing d'adulte. On l'enlève par morcellement, après avoir ouvert le périnée jusqu'au coccyx. Les matières fécales ressemblent à du mastic avec une consistance pierreuse par endroits.

Le rectum est alors décollé d'avec la vulve, on fait une périnéorraphie en losange et l'extrémité de l'intestin est suturée au pourtour cutané de l'anus restauré. »

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Voyons, tout d'abord, ce que l'on constate le plus habituellement au point de vue anatomo-pathologique dans les cas d'anūs vaginal :

Du côté de la région anale, ce qui frappe avant tout, c'est l'absence d'anūs, absence qui peut coexister avec celle des caractères accessoires de la région anale : la peau est tendue d'une fesse à l'autre, il n'existe ni sillon, ni dépression, ni changement de couleur pouvant indiquer une trace extérieure d'anūs. (Page, Lettson, Hargrave.)

Mais il n'en est pas toujours ainsi : dans quelques exemples (Gilbert, Melchiori) il existe une dépression cutanée avec plis radiés et coloration brunâtre et c'est en écartant les plis ou en introduisant soit le doigt, soit un instrument quelconque (sonde) que l'on reconnaît son erreur.

Dans la majorité des cas, au lieu d'avoir une dépression aussi accentuée, c'est un simple enfoncement superficiel dont la peau présente une pigmentation assez marquée (Rizzol, Tüek). Il peut même s'y trouver un bourrelet, une

élevure cutanée (Scheiber, Queirel). Melchiori cite même le cas où, à la place de l'anüs, il a noté l'existence d'une tumeur molle, pédiculisée, de la grosseur d'une noisette et constituée par de la graisse.

Du côté de l'orifice anormal :

Tout d'abord comme siège : il se trouve toujours sur la paroi postérieure, car on ne voit pas comment il pourrait être sur la paroi antérieure ; il varie de position sur cette même paroi et on le rencontre beaucoup plus souvent soit derrière l'hymen, soit à une faible distance en arrière, par contre les cas où l'orifice siège à la partie toute supérieure, dans le cul-de-sac postérieur, sont les plus rares.

Comme dimensions : elles sont très variables, mais c'est surtout l'âge qui influence : chez le nouveau-né, capillaire, il ne laisse échapper qu'avec peine les gaz et le méconium ; chez l'enfant, dilaté par le passage journalier des fécès, il peut admettre une sonde de femme ; chez l'adulte, comme moyenne, il peut admettre l'index.

Comme forme : il est habituellement arrondi, mais peut se présenter sous forme d'une ellipse plus ou moins allongée transversalement.

Comme aspect : suivant la manière d'être de ses bords, tantôt il sera facilement appréciable sous forme d'une ouverture arrondie lisse et béante, à fleur de muqueuse ; tantôt il sera caché par un repli de muqueuse, au point de se dérober aux recherches (Duros, Nagel) ; tantôt réduit à un pertuis étroit s'ouvrant au centre d'une papille.

Où conduit cet orifice ? Dans les cas où l'anüs vaginal est bas situé, derrière l'hymen, l'orifice anormal conduit directement dans le rectum ; le rectum conserve alors tous ses caractères et ses rapports et il est facile, avec un stylet ou une sonde, de délimiter l'ampoule rectale. Mais dans les cas où l'anüs est en position plus élevée, le

rectum a subi lui-même des modifications, consistant surtout en un arrêt de développement et c'est un canal le longueur et de largeur variables qui sert à établir la communication entre l'orifice et la portion terminale de l'intestin, dont il n'est lui-même que le prolongement, la partie rétrécie.

La longueur de ce canal, en effet, tiendra surtout au mode de terminaison de l'intestin, à son éloignement plus ou moins grand du périnée. Quant à la forme, elle est soumise à de grandes variations, tantôt ce sera un véritable entonnoir formé par un rétrécissement progressif de l'intestin ; tantôt, au contraire, ce sera un véritable canal ayant dans toute son étendue un calibre sensiblement égal.

La direction est tout aussi variable : ou bien il va directement de l'anus anormal à l'intestin par un trajet plus ou moins incliné, ou bien il décrit une courbe plus ou moins considérable.

Quant à sa structure, elle est la même que celle du rectum, ce n'est donc pas un simple trajet fistuleux.

Ce canal se continue en haut par le gros intestin qui ne présente généralement pas de particularité.

En regard de ces caractères habituels, nous allons voir maintenant ce que nous avons pu constater dans notre cas particulier :

Extérieurement, l'anus était représenté par une légère dépression cutanée et une pigmentation assez foncée, mais il n'y avait même pas de sillon interfessier.

L'orifice anormal était situé à deux centimètres en arrière de l'hymen sur la paroi postérieure du vagin et un peu à gauche ; de forme elliptique d'avant en arrière, sa lumière permettait l'introduction d'un crayon ; il était à fleur de muqueuse et celle-ci n'avait subi aucune modification, mais il était ~~caché~~ ^{caché} par un ~~repli~~ ^{repli} de cette muqueuse,

repli qui partait en arrière et un peu au-dessus de l'orifice pour venir se terminer auprès de l'hymen, c'est ce qui explique pourquoi la recherche de l'anus lors du séjour de la petite malade à l'hôpital avait été infructueuse.

Conformément à ce que nous avons dit plus haut pour les anus anormaux assez haut situés, l'orifice ne communiquait pas directement avec le rectum et il n'existait pas d'ampoule rectale, mais à cet orifice faisait suite un canal à parois épaisses qui se dirigeait de bas en haut et d'avant en arrière. Ce canal, d'un calibre uniforme, permettait l'introduction d'une pince à forcepessure et présentait à son intérieur une série de replis longitudinaux.

D'ailleurs, un examen microscopique nous a montré les détails histologiques suivants :

Une muqueuse avec un épithélium cylindrique et un chorion renfermant des follicules clos et des glandes tubuleuses ;

Une sous-muqueuse ;

Une musculuse, très épaisse, avec ses deux couches de fibres, longitudinales et circulaires.

Ces différents caractères nous montrent donc qu'il s'agissait non d'un trajet fistuleux, mais bien du rectum ; seulement ce rectum avait subi un arrêt de développement, sa lumière était restée étroite, sa longueur était restée faible, modifiant ainsi son apparence et ses rapports habituels.

Après un trajet de cinq centimètres environ, le conduit rectal aboutissait à la tumeur stercorale. Cette grosse tumeur mesurait dans ses diverses dimensions :

22 centimètres de longueur,

18 centimètres de hauteur,

14 centimètres d'épaisseur,

et pesait près de deux kilogrammes.



PLANCHE II. — *La tumeur stercorale seule*

Nous avons noté dans l'observation ses rapports au moment de l'autopsie. Elle est développée aux dépens d'une partie du côlon transverse, du côlon descendant en entier et du côlon iléopelvien, occupant donc la majeure partie du gros intestin. Sa surface extérieure lisse, recouverte par la séreuse, ne permettait cependant plus de reconnaître ni les bandelettes, ni les godets caractéristiques du gros intestin ; les premières étaient étalées et élargies formant une couche uniforme ; quant aux seconds, ils étaient complètement disparus. Ainsi que le montre la photographie, la tumeur de forme ovale avait son extrémité droite libre de toute connexion, sauf ses attaches avec le mésocôlon ; à gauche, au contraire, aboutissait, d'une part, la portion primitive du côlon transverse faisant suite au côlon ascendant et au cæcum qui étaient très dilatés par suite de l'accumulation des gaz à leur intérieur et, d'autre part, à cinq centimètres au-dessous et en arrière le conduit rectal que nous avons étudié et qui vient déboucher dans le vagin ; d'ailleurs, comme le montre la figure, la pince, qui est introduite dans le vagin, franchit l'anus anormal et, pénétrant dans le conduit rectal, arrive dans la tumeur.

Celle-ci, sa paroi intestinale ouverte, était constituée par des matières fécales très dures, stratifiées, tassées les unes contre les autres, formant une masse compacte qui, en appuyant fortement, se laissait déprimer par le doigt comme un bloc d'argile.

Toutes ces matières retirées, la tumeur était réduite à une vaste poche, dont la surface interne lisse, ne présentait aucune trace de valvules. A l'intérieur de cette poche on voyait deux orifices : celui qui communiquait avec le côlon et qui permettait l'introduction facile de deux doigts et celui communiquant avec le rectum, pas plus large que

ce dernier organe, c'est-à-dire laissant passer simplement une pince à forcipressure.

Une coupe de la paroi de la poche examinée microscopiquement nous a montré les détails suivants dans ses différentes couches :

Muqueuse : Elle était lisse et unie, sans valvules conniventes, ni villosités, comme d'habitude le gros intestin ; sa couche superficielle présentait de nombreuses cellules à mucus caliciformes ; les glandes tubuleuses, très nombreuses, n'avaient aucun caractère spécial. Dans l'intervalle des cellules à mucus et des tubes glandulaires, on remarquait une forte prolifération de tissu conjonctif.

La *muscularis mucosæ* était également hypertrophiée.

Muscleuse : Ses deux couches de fibres longitudinales et circulaires étaient épaissies, notamment la couche externe que nous avons d'ailleurs vu former une couche uniforme au lieu d'être partagée en bandelettes.

Séreuse : Rien de spécial.

Donc tout en reconnaissant les caractères spéciaux des tuniques du côlon, il faut remarquer que celles-ci avaient subi certaines modifications portant d'une part sur la muqueuse se traduisant par des signes d'irritation chronique : grand nombre des cellules caliciformes et prolifération conjonctive et, d'autre part, sur la muscleuse qui ayant eu à lutter contre la stase fécale, s'était hypertrophiée.

Aidé par ces constatations anatomo-pathologiques, il nous est dès lors plus facile de comprendre comment ce coprome s'est développé chez notre sujet et comment il n'a été, en somme, qu'une complication de son abouchement anormal. Ce qui frappe tout d'abord, en effet, dans cette étude anatomique, c'est l'étroitesse de l'extrémité terminale de l'intestin ; le rectum qui, d'habitude, avant de

venir déboucher à l'anus, est dilaté en forme d'ampoule, est ici réduit à un canal du calibre d'un crayon, il est donc naturel de concevoir combien les matières fécales devaient éprouver de difficultés pour s'évacuer par un canal d'aussi faibles dimensions, de sorte que ces matières, suivant leur consistance, avaient une destinée toute différente : liquides, elles étaient encore facilement rejetées au dehors ; solides, elles s'accumulaient au-dessus de l'obstacle, amenaient, par leur présence, une irritation des parois intestinales, des lésions de colite intersticielle qui, en favorisant une stase de plus en plus complète, permettaient la distension exagérée de ces mêmes parois et le développement de la tumeur stercorale.

A quoi est due cette étroitesse de l'extrémité du gros intestin ? Elle est liée aux mêmes causes qui ont provoqué l'abouchement anormal, c'est le résultat d'un arrêt de développement et qui se manifeste généralement d'autant mieux que l'abouchement anormal est plus haut situé.

Faudrait-il en conclure que tous les cas d'anus vaginal doivent s'accompagner de tumeur fécale ? Evidemment non, la preuve c'est que nous n'avons pu en trouver que les deux observations citées plus haut. Mais si dans tous les cas d'anus anormal il se produit un arrêt de développement du côté de l'extrémité du tube intestinal, cet arrêt peut être plus ou moins prononcé et nombreux pourront être les cas où tout en ayant subi un arrêt de développement le rectum pourra néanmoins être suffisant pour permettre l'évacuation des matières fécales, tout en s'accompagnant peut-être assez souvent d'une stase passagère pouvant amener, dans certains cas, des phénomènes d'occlusion intestinale.

Est-il nécessaire de faire appel aux autres causes qui, d'habitude, sont invoquées comme favorisant la forma-

lion du coprome : La jeune R... présentait-elle un mégacôlon congénital ? Les symptômes en auraient été notés dès la naissance et le côlon en entier aurait présenté l'hypertrophie caractéristique de cette affection. Sans doute il était dilaté, comme déjà on avait pu le constater lors de la première intervention, mais cette dilatation était due à l'accumulation des gaz au-dessus de l'obstacle.

Y aurait-il eu de l'entérite intra-utérine ayant été la cause du rétrécissement rectal et de l'altération intestinale ? C'est une hypothèse difficile à vérifier, mais il semble plus simple d'attribuer cette altération à des fautes commises, dès la naissance, dans l'alimentation ; bien que nourrie au sein, en effet, l'enfant qui, à sa naissance, pesait 3 kil. 500, trois mois après ne pesait plus que 2 kil. 500. Cette forte diminution de poids permet très bien d'admettre des troubles intestinaux, le point de départ des lésions qui auront pu jouer également un rôle dans la suite.

CHAPITRE V

SYMPTOMES. — DIAGNOSTIC.

L'étude des symptômes nous permettra de voir quand la tumeur stercorale a pu se développer, par suite des modifications qui sont survenues parmi les symptômes habituels de l'anus vaginal et ensuite d'apprécier quel a été ultérieurement son rôle.

A la naissance de l'enfant et pendant les premiers temps de sa vie, tant que les selles furent liquides, l'orifice anormal fut suffisant et la petite ne présenta aucun symptôme particulier, « les symptômes sont rigoureusement proportionnels au degré du rétrécissement » (Trélat), c'est de la façon dont se comporte l'anus vaginal que découle la symptomatologie.

La seule façon de reconnaître le fonctionnement de cet orifice, c'est la façon dont se fait l'évacuation des matières au dehors, c'est-à-dire la défécation. Cette défécation peut :

- Ou bien être impossible ;
- Ou bien insuffisante ;
- Ou bien facile.

Dans le premier cas, soit par suite de l'étroitesse de l'orifice anormal et du canal qui lui fait suite, soit par suite de la direction oblique de ce dernier, les matières ne peuvent s'écouler au dehors, on croit avoir affaire à une imperforation rectale simple et ce n'est qu'en examinant attentivement les organes profonds que l'on trouve un petit pertuis caché dans le vagin. Il est intéressant, à ce point de vue, de rapporter l'observation de Depaul, où une telle disposition rendit impossible l'évacuation du méconium : « Il y a absence d'anus. Une incision faite à une profondeur d'un pouce n'amena pas la sortie du méconium. L'enfant succomba avec les symptômes que détermine nécessairement l'occlusion anale. On peut voir maintenant que le rectum, très rétréci, se termine, à la partie supérieure et latérale du vagin, par une ouverture très petite, après avoir rampé quelque temps dans les parois à la manière des uretères dans la vessie. Cette disposition a empêché l'évacuation de se faire par le vagin. »

(Depaul, Bull. Soc. Anat., Tome XV, 1860.)

Dans le deuxième cas, l'enfant rend son méconium. Le diagnostic a été posé, on pense que tout pourra marcher normalement pour l'instant, mais il l'a rendu insuffisamment et, tout à coup, on assiste au tableau de l'occlusion intestinale, semblable à celui que Trélat donne à propos de l'imperforation simple du rectum : « L'enfant refuse, en général, de téter et s'il a pris le sein il le quitte en criant et ne veut plus le reprendre. Quelques heures après sa naissance il est atteint de vomissements, ceux-ci tout d'abord ne sont constitués que par des liquides avalés : lait, eau sucrée ; mais bientôt ils se répètent, les matières se colorent et, dès le second jour, elles ont un aspect fécaloïde qu'elles gardent jusqu'à la mort ou jusqu'au rétablissement des voies d'excrétion. »

Dans le troisième cas, comme chez notre fillette, l'orifice est suffisant et ne donne aucune inquiétude pour l'instant, tout se passe normalement, les selles s'écoulent facilement parce qu'elles sont liquides. Mais quand arrive le moment du sevrage, avec une nourriture plus substantielle, les selles, prenant du volume et de la consistance, ne peuvent plus être émises qu'incomplètement et avec difficulté.

C'est ce que nous avons noté dans notre observation, c'est à seize mois, au moment du sevrage, quand la petite commence à manger un peu comme tout le monde, que la mère s'aperçoit que son enfant reste souvent constipée plusieurs jours ; les selles ne sont jamais moulées mais liquides, la partie solide ne pouvant passer par l'endroit rétréci ; le ventre se ballonne fréquemment par accumulation des gaz. Ce sont les phénomènes de stase, s'accompagnant de troubles plus ou moins prononcés, coliques, épreintes, qui commencent à se manifester.

Ces différents troubles retentissent profondément sur l'organisme tout entier : les fonctions digestives se font mal et la nutrition s'altère par suite de la résorption des produits nocifs stagnant dans le tube digestif ; il en résulte de l'amaigrissement, un état de faiblesse générale et un défaut de développement se traduisant par une enfant chétive avec des membres grêles et flasques, à qui on ne donnerait pas son âge.

Peu à peu, à mesure que la coprostase s'accroît, l'intestin altéré se laisse distendre. En même temps que la constipation devient plus opiniâtre, le ballonnement du ventre augmente également, ce n'est plus qu'accidentellement que le sujet va à la selle et c'est une véritable défécation par regorgement ; par suite de la résorption des poisons fécaux, l'auto-intoxication intestinale devient

de plus en plus prononcée et les symptômes généraux stercorémiques attirent beaucoup plus l'attention que localement le développement de la tumeur.

Outre ces symptômes notre fillette présentait de l'incontinence fécale, surtout avant que la constipation ne fût très prononcée. C'était une source d'ennuis continuels et pour elle, car elle ne pouvait quitter la maison, ou pour jouer avec ses camarades, ou pour aller à l'école, et pour sa famille qui était obligée de prendre des soins de propreté minutieux pour lui éviter toute cause d'irritation des organes génitaux et des téguments.

Bien que l'examen histologique nous ait montré une paroi musculaire très développée au niveau du conduit rectal, nous n'avons pu constater s'il existait un véritable sphincter autour de l'orifice anormal ; étant donné ces symptômes d'incontinence, c'est peu probable.

Dans un certain nombre de cas d'anus vaginal, rares, il est vrai, on a cependant pu observer un sphincter et il est évident que dans ces cas les inconvénients de l'abouchement anormal sont réduits au minimum.

Rizzoli et Tüek ont pu faire cette constatation. Voici l'observation de ce dernier auteur :

« Madame A. B..., accouchée le 14 mars. Présentation de la tête. Travail long, mais normal. En pratiquant le toucher vaginal l'accoucheur s'aperçoit qu'il y avait des matières fécales dans le vagin. Un examen des organes démontra qu'au niveau du siège normal de l'anus existait une simple dépression, la peau était pigmentée et au-dessous d'elle on sentait un sphincter. En écartant les grandes lèvres on apercevait l'anus situé dans la cloison recto-vaginale à un demi-pouce au-dessus de la commissure postérieure. Cet anus était fermé, muni d'un sphincter complètement sous le contrôle de la malade. Celle-ci

ignorait son infirmité, elle était seulement obligée, disait-elle, de prendre des soins de propreté plus minutieux que les autres femmes après la défécation. Aucune opération ne fut tentée. »

(Tüek. Boston, Med. and. surg. Journal, 1876.)

Mais la stase fécale augmente ; à mesure que les matières s'accumulent leur masse devient de plus en plus volumineuse, de sorte que le coprome, ayant débuté par l'S iliaque, gagne le côlon ascendant, puis le transverse, formant une énorme tumeur qui tend à occuper de plus en plus tout l'abdomen, refoule les autres organes, les comprime, amenant une circulation collatérale intense. Ainsi développée, elle devient accessible à la palpation et sa malléabilité permet le diagnostic.

Ayant acquis un volume aussi considérable, cette tumeur stercorale, à un moment donné, se trouve insuffisamment soutenue, et, peut-être, à la suite d'un mouvement brusque de l'enfant, subit un mouvement de torsion en basculant sur elle-même. Il en résulte que le pédicule de la masse, c'est-à-dire le conduit rectal, se trouve tordu sur lui-même (ainsi que l'a montré l'autopsie), de sorte que sa lumière est complètement oblitérée et les matières, même liquides, ne pouvant plus s'écouler par ce canal, devenu ainsi imperméable, il se déclare des phénomènes d'obstruction intestinale aiguë qui nécessitent une intervention d'urgence.

On fait à la petite malade un anus contre nature, mais sa santé qui, auparavant, était déjà assez précaire, s'altère davantage, elle tombe dans un état cachectique et, après avoir traîné quelque temps encore, elle succombe plutôt des suites de son empoisonnement stercoré-mique que des suites de l'intervention.

Dans notre cas il fallait faire et le diagnostic de l'anus vaginal et le diagnostic de la tumeur stercorale.

1° *Diagnostic de l'anüs vaginal.*

Il avait été porté dès le lendemain de la naissance. Généralement, en effet, il n'offre pas de difficulté. Cependant il est bon de ne pas attendre l'apparition des symptômes fonctionnels pour faire le diagnostic. Il faut donc, chose que l'on fait peu souvent, procéder, dès que l'enfant vient de naître, à l'examen de tous les orifices naturels et on se trouve ainsi amené à examiner la région anogénitale. L'absence d'anüs et même son exploration, s'il est présent, doivent attirer l'attention sur les organes voisins.

Si le diagnostic n'est pas porté immédiatement aussitôt la naissance il l'est le plus souvent le lendemain ou les jours suivants, la sage-femme en nettoyant l'enfant s'aperçoit de l'écoulement anormal du méconium ou bien l'orifice de communication, étant trop étroit, l'évacuation est pénible ou impossible et il apparaît des phénomènes d'obstruction qui nécessitent un examen plus approfondi.

Par contre, lorsque l'orifice est large, par incurie ou par ignorance des parents, il peut y avoir méconnaissance du vice de conformation et ce n'est que plus tard que les troubles de la défécation, avec le changement de nourriture, attirent l'attention du médecin.

Parfois même, les troubles fonctionnels étant nuls, laissent la femme dans l'ignorance et c'est le hasard ou une occasion (affection des organes génitaux ou accouchement) qui révèlent l'anomalie.

L'exploration des parties est nécessaire pour faire le diagnostic complet ; c'est elle, en effet, qui renseignera sur les diverses particularités : manière d'être de la région anale, siège de l'orifice anormal, calibre, direction, exis-

tence d'une ampoule rectale, sortie des fécès ; données qui sont nécessaires pour le pronostic, l'intervention et le mode de traitement qui conviendra.

La vue et le toucher ne suffisent pas toujours, les manœuvres exploratrices sont nécessaires si l'ouverture siège plus ou moins haut dans le vagin, car sa découverte peut être délicate, comme dans notre cas, il faut faire l'exploration méthodique du vagin avec une sonde ou un stylet qui en suit la paroi postérieure et s'introduit sous les replis de la muqueuse.

Pour le diagnostic différentiel : l'existence congénitale et l'examen de la région périnéale permettent d'éliminer l'anūs vaginal dû à l'issue d'une anse grêle à travers une déchirure accidentelle du vagin ou les fistules recto-vaginales pathologiques, perforations consécutives à des ulcérations syphilitiques et autres.

2° *Diagnostic du coprome.*

Il ne peut être fait que par la perception de la tumeur et de ses caractères. Les symptômes généraux étaient aussi bien attribuables à un fonctionnement imparfait de l'anūs vaginal. Mais ce n'est que lorsque le ventre diminue de volume à la suite de l'anūs artificiel que la tumeur devient perceptible, son siège alors, la matité, la circulation collatérale qui l'accompagnaient et, principalement, sa malléabilité permirent de porter le diagnostic, c'est ce dernier signe, en effet, qui, dans la majorité des cas, sert de criterium, la consistance argileuse permet au doigt d'imprimer le diagnostic et différencie ainsi la tumeur soit d'une tuberculose abdominale, soit des tumeurs diverses de cette

région, comme le sarcome du rein auquel on avait pu penser chez notre sujet. Il est une affection présentant une grande analogie au point de vue symptomatique, avec ce que nous avons observé, c'est la maladie de Hirschprung, d'autant plus, comme nous l'avons dit, qu'elle peut former un coprome ; seulement dans ces cas de mégacôlon congénital, c'est immédiatement dès la naissance que se manifestent les accidents, le côlon est extraordinairement allongé et dilaté, ses parois sont excessivement épaisses et les masses fécales qui s'accumulent parfois à l'intérieur n'occupent qu'une faible partie de la portion intestinale altérée. Nous ne pouvons mieux faire que de citer le cas que rapporte Hellwig à ce sujet : « Il s'agit d'une fille de 24 ans, chez qui les accidents datent nettement de la naissance. La première selle ne fut obtenue qu'au bout de quatre jours, et avec un lavement. Depuis cette époque, durant des années, l'enfant fut en proie à une constipation opiniâtre. On ne pouvait obtenir de selles que par des moyens artificiels, tous les quinze jours en moyenne, parfois au bout de quatre semaines. Dans l'intervalle des débâcles le ventre était ballonné et, à la fin des périodes de rétention, on nota souvent des signes graves d'obstruction avec vomissements.

Hellwig voit la malade en septembre 1907. Elle n'a pas rendu de matières depuis quatorze jours, souffre de douleurs vives, progressives, à forme de coliques. Elle vomit depuis trois jours un liquide jaunâtre, non fécaloïde, mais elle rend encore quelques gaz.

L'abdomen tendu, non douloureux à la pression, présente une dilatation énorme. Mais cette dilatation n'est pas uniforme. Du côté droit on remarque une sorte de tumeur molle, arrondie, grosse comme une tête d'homme, mal limitée en haut ; du côté gauche, dans la région

rénale, une deuxième tumeur analogue, quoique plus petite.

Les tumeurs existent depuis plus d'un an, car, en 1906, la jeune fille a été examinée par des gynécologues qui ont diagnostiqué un kyste de l'ovaire et conseillé une intervention. Cependant la tension du soi-disant kyste semble varier au cours de l'exploration ; la percussion fournit une sonorité tympanique, étendue d'ailleurs à tout l'abdomen, y compris la région pré-hépatique.

Par le vagin, on sent une tumeur d'une dureté osseuse, remplissant une grande partie du bassin, peu mobile, non douloureuse à la pression. Le rectum est vide.

Sur ces données, l'auteur conclut que les tumeurs abdominales ne sont pas des kystes de l'ovaire, mais l'intestin distendu, capable de contraction. Il reste dans le doute sur la nature de la masse pelvienne ; il présume qu'il s'agit d'une tumeur maligne de l'ovaire, exerçant une compression sur la fin du côlon pelvien et cause première de l'énorme distension intestinale.

Les grands lavements restant sans effet et la malade continuant à vomir, Hellwig intervient par laparotomie médiane sous-ombilicale. Le ventre ouvert, on voit que les pseudo-kystes qui remplissent toute la cavité abdominale, du bassin au diaphragme, ne sont autre chose que le côlon pelvien extraordinairement allongé et dilaté ; la tumeur dure, sentie dans le petit bassin, est constituée par une masse de matières fécales concrétées, qui comblent sa partie terminale.

L'auteur avoue avoir été embarrassé sur le parti à prendre. Mais songeant que les phénomènes d'obstruction étaient ceux qui avaient décidé son intervention, il s'efforce de faire disparaître l'obstacle en chassant les matières du côté du rectum, au moyen de pressions exercées

sur le côlon, tandis qu'un aide essaie de les retirer par voie anale. On referme le ventre. Au bout de deux jours, on donne des lavements répétés et l'on obtient une selle au cinquième jour, puis des évacuations quotidiennes abondantes.

L'opération qui avait permis de parer aux accidents menaçants ne pouvait être considérée comme curative. Aussi Hellwig intervient vingt jours plus tard dans le but d'anastomoser une partie saine du gros intestin avec le segment le plus bas du côlon pelvien. La couche musculaire de ce dernier atteignait plus d'un centimètre d'épaisseur, la séreuse et la muqueuse étaient normales.

La malade quitta l'hôpital au bout de deux mois avec la mention guérie. »

(*Journal de Chirurgie*, janvier 1909.)

CHAPITRE VI

TRAITEMENT.

Comme c'est la malformation ano-rectale qui, chez la jeune R....., a été le point de départ des accidents qui, malheureusement, ont abouti à la mort, on peut se demander s'il n'aurait pas été possible de débarrasser la malade de cette infirmité et de parer aux accidents consécutifs.

Cependant, bien que l'intervention ne semble être l'objet d'aucun doute étant donnés les troubles qu'occasionne l'anus vaginal et les dangers qu'il fait courir, tous les cas sont loin d'avoir un pronostic aussi fâcheux et il en est où cette anomalie fut très bien supportée. Qu'il nous suffise de citer les observations de Boyer : une femme galante de 22 ans que son anomalie n'empêchait pas d'avoir du succès et à l'insu de ses nombreux amants ; de Ricord : une jeune femme de 22 ans, dont le mari ignorait le vice de conformation. Combien d'autres encore.

L'observation de Fournier mérite d'être rappelée : « Il y a quelques années, je fus appelé pour donner mes conseils à trois élèves en chirurgie qui, depuis cinq jours,

essayaient vainement d'accoucher une femme. Cette malheureuse, bien constituée et âgée de 22 ans, éprouvait d'horribles souffrances sur un affreux grabat. Ayant appris d'elle qu'elle était fort constipée et n'avait point eu de garde-robe depuis huit jours, je prescrivis un lavement. L'un des élèves chargé de cette opération s'évertuait vainement pour trouver l'ouverture de l'anus. J'allai à son secours et je reconnus que l'anus était imperforé, nul vestige ne l'accusait. Une ligne semblable au raphé partait du coccyx et aboutissait à la vulve. J'introduisis un doigt dans le vagin où je trouvai l'intestin rectum flottant et comprimant la matrice, attendu qu'il était rempli d'excréments. Son ouverture était aussi large que son diamètre, c'est-à-dire qu'il n'avait pas de sphincter. La canule y fut introduite et le lavement pénétra dans l'intestin, d'où il sortit sur-le-champ une prodigieuse quantité de noyaux de cerises agglomérés avec des matières fécales.

Après cette évacuation, je terminai l'accouchement. Cette fille, honteuse de l'imperfection dont la nature l'avait affligée, la tenait secrète et n'osait, de crainte de se trahir, indiquer l'endroit où il fallait introduire le lavement dont elle avait si grand besoin. »

(Fournier, Dict. des Sciences médicales. Art. Cas rares, Tome IV, 1813.)

Cependant, même dans ces cas les plus heureux, les malheureuses femmes n'en restent pas moins affligées d'une infirmité dégoûtante.

Cette infirmité réclamerait donc un traitement et à plus forte raison lorsque les faibles dimensions de l'orifice anormal compromettent plus ou moins rapidement la vie du sujet doit-on se hâter d'intervenir, se conformant ainsi fort peu à l'opinion des anciens chirurgiens exprimée dans ces lignes de Boyer :

« On ne doit même pas chercher à y remédier en pratiquant une incision à l'endroit où l'anus devrait exister, parce qu'il n'est pas sûr que l'intestin descende assez bas pour que l'on puisse l'atteindre ; d'ailleurs, en supposant que l'on pût arriver jusqu'à lui et y faire une incision assez grande pour donner issue aux matières fécales, comme cette ouverture serait dépourvue de sphincter et que, probablement, la voie ouverte par la nature dans le vagin ne se fermerait pas, la malade rendrait les matières par ces deux ouvertures, ce qui doublerait son incommodité au lieu de la détruire. Mais lorsque l'ouverture du rectum dans le vagin est très étroite et que les matières fécales ne peuvent y passer ou n'y passent que très difficilement, ne pourrait-on pas l'agrandir, comme on agrandit un anus trop étroit par vice de conformation, c'est le seul moyen de prévenir les accidents auxquels les malades sont exposés par la rétention des excréments. »

Quand et comment était-il donc possible d'intervenir chez notre petite malade ?

A la naissance et tant que les matières fécales passaient normalement il n'y avait pas urgence ; il est toujours préférable, en effet, d'attendre quelque temps car les tissus ayant pris de la consistance, les chances de succès n'en seront que plus grandes et l'enfant supportera mieux l'intervention. Il suffisait de surveiller attentivement la fillette, puis, lorsque les premiers troubles dénotant une gêne dans l'évacuation sont apparus, c'est-à-dire au moment du sevrage, et mieux cette date critique une fois passée, tenter une opération.

Cette opération doit avoir pour but essentiel de rétablir le cours normal des matières ; pour cela il faudra presque toujours créer une voie artificielle et il importe de la créer quand on le pourra aux lieu et place de l'anus normal.

L'anus ainsi créé devra être permanent puisqu'il est appelé à remplacer l'anus normal, c'est pourquoi il faut s'attacher à le faire le plus parfait possible au point de vue des dimensions et de la structure pour éviter le rétrécissement consécutif. Telles sont les règles fondamentales qui ont dû guider les chirurgiens dans les différents procédés qu'ils ont inventés.

Les procédés pour créer cet anus périnéal ne manquent pas, en effet, ceux d'Amussat, de Dieffenbach, de Rizzoli, de Nélaton, etc., mais dans tous, comme il s'agit d'une transposition du rectum, il y a une condition essentielle, c'est la présence le plus près possible du périnée, soit de l'ampoule rectale, soit du rectum peu modifié. Or, dans notre cas, nous avons vu non seulement que l'ampoule rectale n'existait pas, mais que le rectum, très haut situé, était réduit à de faibles dimensions.

On ne pouvait donc recourir à l'un de ces procédés. Est-ce à dire que l'on ne devait pas tenter la voie périnéale ? Il faut toujours l'essayer quitte à changer de route ou de méthode si on constate l'absence du rectum ou son incomplet développement. C'est ce qu'on fit, en effet, lors du premier séjour de l'enfant à l'hôpital, mais la voie périnéale n'ayant donné aucun résultat on s'en tint à un traitement palliatif, la dilatation de l'extrémité rétrécie.

Que pouvait-on tenter en effet ? Un anus contre nature ? Mais c'était ajouter une autre infirmité à la première ; l'anus contre nature n'est qu'une opération d'urgence, un pis-aller, qui, s'il conserve momentanément la vie aux enfants, les dote d'une infirmité repoussante. Voici comment Saint-Germain s'exprime d'une façon quelque peu dramatique au sujet de l'anus iliaque :

« Je considère cette situation comme intolérable, je refuserais énergiquement de faire subir cette opération à un

de mes enfants et si j'avais jamais été, dans ma prime jeunesse et pour mon malheur, la victime d'une pareille intervention, je crois que je consacrerai ma vie à tirer vengeance du chirurgien qui m'aurait imposé une existence aussi misérable. »

Il faut reconnaître le juste de ces paroles, l'anus contre nature ne peut être dans ces cas qu'une opération désespérée dans les cas d'urgence, comme, d'ailleurs, il a été nécessaire de le faire plus tard à notre sujet.

Quel moyen employer ? Après avoir tenté la voie périnéale, on pouvait aller par la voie abdominale à la recherche du rectum qu'on trouve sur le vagin, pour le séparer de cet organe, l'abaisser dans l'excavation en le séparant des replis péritonéaux qui le fixent et à travers la boutonnière périnéale déjà pratiquée, le suturer à la peau. Chalot, de Toulouse, a ainsi obtenu un beau succès chez un nouveau-né, dans un cas d'imperforation anale où le rectum était haut situé. (Société de Chirurgie, avril 1895.)

La laparotomie permettait, en outre, de se rendre compte de l'état du rectum et si celui-ci, par trop modifié, ne permettait pas un résultat suffisant, on pouvait enfin lui substituer pour la fixer au périnée l'une quelconque des anses intestinales. Dans une seconde intervention on se serait occupé de la fermeture de l'anus vaginal.

Le traitement, ainsi compliqué au début, devenait de plus en plus difficile à mesure que l'on tardait, car la tumeur stercorale, par son développement, ajoutait un facteur nouveau au problème. Une fois le coprome diagnostiqué il ne fallait plus compter sur les moyens médicaux consistant soit en purgatifs, entéroclyse, lavements, etc., car il est probable que par son volume et sa dureté la tumeur n'aurait pas cédé aux moyens ci-dessus.

Le seul traitement vraiment efficace, c'est alors le trai-

tement chirurgical, la laparotomie. Le ventre ouvert, on fait comme le conseille Peyrot, la taille du côlon et ayant pris toutes les précautions habituelles pour ne pas infecter le péritoine, on vide la poche de son contenu. C'est aussi le procédé que préconise Dubourg. L'idéal serait ensuite de réséquer une partie des parois de l'intestin, de suturer ce dernier et de le réduire, mais l'intestin chroniquement enflammé est épaissi, peu élastique et friable, les sutures tiennent très difficilement et on court le risque d'une péritonite suraiguë par lâchage des points. C'est cependant le procédé qui eût été préférable, il aurait, de plus, permis, profitant de la laparotomie, de remédier à la malformation anale en abouchant les parois de la tumeur, ainsi évacuée de son contenu, directement au périnée, permettant une issue plus facile des matières par la suite. C'est d'ailleurs ce que se proposait de faire M. le professeur Frœlich.

Dans notre cas, en effet, la résection de la partie altérée de l'intestin et l'anastomose des deux bouts, outre qu'elle est une grave opération n'aurait pu être pratiquée, car si elle avait supprimé la tumeur elle n'aurait remédié en rien à l'abouchement anormal et laisser persister la cause, c'était s'exposer à voir les mêmes effets se reproduire.

Quant à l'entérostomie de Nélaton, comme nous l'avons vu plus haut, ce n'est qu'un pis-aller ou une opération d'urgence, comme d'ailleurs la nécessité s'en est fait sentir pour notre petite malade, il permet de parer aux accidents de l'occlusion aiguë, mais il ne guérit pas la malade de sa tumeur stercorale, pas plus qu'il ne la guérit de son anus vaginal.

CONCLUSIONS

Ne nous appuyant que sur une seule observation, il est difficile de donner des conclusions bien importantes. Cependant de l'ensemble de nos constatations nous pourrions déduire :

L'anus vaginal congénital peut être la cause de la formation d'une tumeur stercorale, mais il faut que cet anus anormal soit accompagné d'un arrêt de développement du rectum empêchant l'évacuation presque complète des matières et qu'il y ait probablement altération intestinale pour favoriser cette stagnation.

La présence de cette tumeur aggrave le pronostic, car non seulement elle intoxique le sujet par la résorption des poisons stercoraux, mais elle peut amener de l'occlusion aiguë.

Pour éviter cette complication, il importe donc de traiter l'anus vaginal dès l'apparition des accidents par un pro-

cédé approprié, car la présence du coprome gênera considérablement l'intervention dans la suite. L'anus contre nature ne sera jamais réservé qu'à un traitement d'urgence.

VU :

Nancy, le 6 mai 1909.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

VAUTRIN.

VU :

Nancy, le 7 mai 1909.

LE DOYEN,

GROSS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 8 mai 1909.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,

CH. ADAM,

Correspondant de l'Institut

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BOUISSON. — Des vices de conformation de l'an us et du rectum, Paris, 1851, p. 56.
- BOYER. — Traité des maladies chirurgicales, T. X, p. 18.
- CLOQUET. — Mémoire sur les concrétions intestinales, 1855.
- COMBEMALE. — De la descendance des alcooliques, Montpellier, 1888.
- DEPAUL. — Bull. soc. anatom., tome XV, 1860, p. 77.
- DUPUYTREN. — Dict. de méd. et chirurg. pratiques, t. III.
- ETIENNE. — Diagnostic et traitement des vices de conformation de l'an us et du rectum, Nancy, 1890.
- FABRICE DE HILDEN. — Arch. de Langenbeck, t. VI, 1864.
- FOATA. — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement des malform. congén. de l'an us et du rectum, Lyon, 99-00.
- FOURNIER. — Dict. en 60 volumes, Art. Cas rares.
- FROELICH. — Etudes de Chirurgie infantile, Paris, Maloine, 1905.
- Fonctionnement de la Clinique Baudelocque, 1890-1907.
- GEOFFROY SAINT-HILAIRE. — Anomalies et malformations, 1832.
- GILLIS. — Précis d'embryologie, 1890.

- GIRALDÈS. — Art. Anus, Dict. Jaccoud, t. II, p. 614.
- GROSS, ROHMER, VAUTRIN, ANDRÉ. — Eléments de pathologie chirurgicale, t. III.
- HATTERER. — Journal de Méd. et Chirurg. pratiques, 1834, p. 192.
- HERTWIG. — Traité d'embryologie, 1900.
- HIRSCHPRUNG. — Dilatation hypertrophique du côlon, Jahrb. f. Kind, XXVII, 1888.
- JEANNEL. — Essai sur la pathogénie des malformations de l'anus et du rectum, Revue de Chir., 1887, p. 195.
- JULLIARD. — Gazette des Hôpitaux, 1871, p. 143.
- KOEBRICK. — Thèse, Halle, 1903.
- MYA. — Mégacôlon congénital, La pediatria, 1895.
- OTTO PUPCKE. — Leipzig, 1903, Atresia ani vaginalis.
- PASSEMARD. — Contribution à l'étude des imperforations ano-rectales, Montpellier, 1907.
- PÉRIER. — Sur l'hérédité des anomalies, Bull. de la Société d'anthrop., 1861, p. 49.
- PUECH. — Des abouchements congénitaux du rectum à la vulve et au vagin, Montpellier, 1890.
- OZIER. — Du coprome infantile, thèse Bordeaux, 1898.
- REIBEL. — Gazette médicale de Strasbourg, 1873, p. 230.
- REITTERER. — Origine et évolution de la région ano-génitale des mammifères, 1890.
- RIZZOLI. — Clin. chirurg., trad. de l'italien, Paris, 1872-1877.
- ROVILLAIN. — Des vices de conformation de l'anus et du rectum, Paris 1882-83.
- SAINT-PHILIPPE. — Tumeur stercorale chez un enfant, Soc. méd., Bordeaux, 1897.
- Semaine médicale, 1890-1906.
- TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique.
- THOMAS. — De l'imperforation de l'anus avec abouchement du rectum à la vulve et au vagin, 1864, Strasb.

TORDEUS. — Tumeur stercorale chez un enfant de dix-sept mois, *Journal de Clin. et thérap. infantile*, juillet, 1896.

TRÉLAT. — *Diction. encyclop. des Sciences méd.*, t. XV, p. 439, Art. Anus.

KIRMISSON. — *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, Paris, 1898.

TABLE DES MATIERES

	Pages.
AVANT-PROPOS.....	5
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE I. — Observation.....	9
CHAPITRE II. — Généralités.....	15
Sur l'anus vaginal congénital.....	15
Sur le coprome infantile.....	18
CHAPITRE III. — Etiologie. — Pathogénie.....	21
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique.....	33
CHAPITRE V. — Symptômes. — Diagnostic.....	41
CHAPITRE VI. — Pronostic. — Traitement.....	57
CONCLUSIONS.....	57
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	59

